



PLOUHA
LES FALAISES

MAISON DES JEUNES ET, DE LA RURALITÉ

14 rue de Dixmude

22580 Plouha

directionmjr@plouha.fr

02 96 22 41 94

07 87 52 99 08



ESPACE JEUNES 11/17 ANS

Sur place, billard, baby foot, tennis de table, bibliothèque, jeux de société, matériel sportif et d'activités manuelles.

**Les programmes sont élaborés directement avec les participant.e.s.
Si tu as envie de découvrir de nouvelles passions, de faire découvrir les tiennes, n'hésite pas à passer nous voir !**

Périodes scolaires :

- **Mardi, Jeudi et Vendredi - 15h30-18h00 - accueil libre**
possibilité d'accompagnement scolaire
(en cours de mise en place, on recherche des bénévoles !)
- **Mardi et Vendredi - 12h40-13h40 - activités thématiques**
(inscriptions avec le collège)

• **Mercredi et Samedi**
13h00-18h00

accueil libre - sorties et activités

Inscription au trimestre
10 / 20 / 30 euros selon QF
(sous réserve de modifications)

Vacances :

Accueil de loisirs

Du lundi au vendredi 9h00-18h00

Sorties parcs, plage, randos, pique nique, musées...

Activités manuelles et sportives, ateliers cuisine,

Temps libres (à l'intérieur des locaux de la MJR)

Soirées à thèmes

Rencontre inter-centres

et bien d'autres choses encore !

Journée 3 €
Repas 3/4/5 € selon QF

Sorties payantes :

Prix indiqué sur le programme
(correspond à 50% du coût réel)
(sous réserve de modifications)

ACTIVITÉS POUR TOU.TE.S

**La porte de la MJR est ouverte à toutes et tous !
Venez nous rencontrer et discuter de vos projets
autour d'un thé ou d'un café !**

Temps d'échanges & partages

mercredi 9h-13h

vendredi 13h30-17h30

**ordinateurs à disposition,
accompagnement aux usages
du numérique, presse locale,
le tout dans une ambiance conviviale
autour d'une boisson chaude.
Venez échanger avec nous de vos
envies et besoins !**

**Ateliers collectifs et
participatifs
(précarité énergétique,
semaine européenne
de l'emploi des
personnes
handicapées...)**

**Accompagnement
16/25 ans :
projets collectifs
(Potions d'automne, ...)
soirées à thèmes,
accès aux droits,
...**

Mais aussi !

**Des associations
artistiques et culturelles
proposent leur activités
régulièrement à la MJR !**

**Soutien aux initiatives locales :
Des idées ? des projets ?
Venez nous en parler !**

Inscrivant son action dans l'éducation populaire, affiliée à la Fédération Régionale des MJC de Bretagne-Pays de la Loire, la MJR souhaite encourager la participation de tous et toutes à la vie de la cité, favoriser l'apprentissage à tout âge et lutter contre les inégalités sociales, économiques & culturelles.

Pour cela, nous vous proposons des espaces où faire ensemble, développer son esprit critique, débattre : un lieu ressource pour s'entraider & transmettre.

Cette maison sera ce qu'en feront celles et ceux qui la font vivre !

horaires d'ouverture au public
du mardi au vendredi de 14h à 18h
le mercredi de 9h à 13h
(fermée le lundi)



MAISON DES JEUNES DE PLOUHA**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Cette fiche de renseignement est à compléter par :

- la ou les fiches d'inscriptions aux activités (période scolaire ou vacances)
- la fiche sanitaire
- le règlement intérieur signé

Nom **de l'enfant**

Prénom

Garçon – Fille

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

Si scolarisé.e, classe de : Établissement :

Responsable légal 1 :

Nom :

Prénom :

Date et lieu de naissance :/...../.....

Adresse :

Cp : Commune :

Domicile : __/__/__/__/__

Travail : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__

Responsable légal 2 :

Nom

Prénom :

Date de naissance :.../.../....

Adresse :

Cp : Commune :

Domicile : __/__/__/__/__

Travail : __/__/__/__/__

Portable : __/__/__/__/__

Adresse mail :@.....

Quotient familial :

J'atteste avoir souscrit à une assurance avec responsabilité civile et dommages corporelles pour mon enfant. Dans le cadre des activités scolaires et extrascolaires.

CompagnieN° de contrat :

Merci de fournir une attestation d'assurance.

→ → → →

- **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

En cas d'urgence et d'impossibilité de me joindre, je donne pouvoir à la responsable du centre, ou à défaut son adjoint.e, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant.

OUI NON

- **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale

OUI NON

- **AUTORISATION DE SORTIE**

J'autorise mon enfant à rentrer seul

OUI NON

- **AUTORISATION DE PUBLICATION**

À l'occasion de sorties ou d'activités pédagogiques, il se peut que mon enfant soit photographié pour publication dans un journal, une brochure, une note d'information : je donne autorisation pour ces prises de photos et ces publications.

OUI NON

Fait à, le

Signature :

Période scolaire
Année 2025 - 2026

Nom

Prénom

Classe (si scolarisé) :.....

Inscription aux activités périscolaires :

Accès libre aux accueils :
→ mardi jeudi et vendredi de 15h30 à 18h
→ mercredi et samedi de 13h à 18h

Trimestre 1 (septembre à décembre)

☐

Trimestre 2 (janvier à mars)

☐

Trimestre 3 (mai à juin)

☐

Date :

Signature du responsable légal :

à retourner avec dossier complet à la Maison des Jeunes et de la Ruralité



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Local Jeunes



Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant.

Enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	O	U	Dernier rappel	Vaccins recommandés	O	U	Date
Diphtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				Autres (préciser)			
ou Tétracoq							
B.C.G.							

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires. Nota : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

- L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ oui ☐ non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	

Allergies : médicamenteuses
alimentaires

☐ oui ☐ non
☐ oui ☐ non

asthme ☐ oui ☐ non
autres ☐ oui ☐ non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél. domicile :

travail :

portable :

Nom et tél. du médecin traitant (*facultatif*)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :

Date :